

# LA CRISIS Y EL AJUSTE ESTRUCTURAL EN EL SECTOR DE LA SALUD

Félix LOBO ALEU  
José Luis RUIZ ALVAREZ



## I. PRODUCCION DE SALUD Y PRODUCCION DE ASISTENCIA SANITARIA EN EPOCA DE CRISIS

Se precisa distinguir entre la producción de salud y la producción de asistencia sanitaria. La salud es el bien final al que se llega por una combinación de factores y productos intermedios, entre los cuales se cuenta la asistencia sanitaria. Muchas veces las condiciones de vivienda, nutrición, estilo de vida son, en efecto, mucho más importantes para mejorar la salud que la asistencia sanitaria. No mucho más que esta última es, sin embargo, recogido por nuestros limitados sistemas de contabilidad social.

La crisis afecta directamente al sector sanitario. La disminución de la renta familiar y el paro pueden dar lugar a la emergencia de costes sanitarios netos por insuficiente alimentación, trastornos psíquicos o toxicomanías. También produce efectos indirectos profundos: altera las estrategias de las empresas industriales productoras de insumos, modifica los planes de los futuros profesionales y puede llegar a forzar el ritmo del progreso técnico. En la crisis, además, la limitación de los recursos disponibles se revela con crudeza. Las inversiones y los proyectos han de ser pospues-

tos o abandonados; la eficiencia en la asignación se hace obsoleta. Las páginas siguientes sólo tratan de apuntar algunas de estas cuestiones que merecen estudios mucho más detallados. La principal conclusión quizás sea la muy superior inercia frente a la crisis del sector sanitario por comparación a otros sectores. En definitiva, la dinámica de la enfermedad y la muerte no se acompasa exactamente con la de los ciclos económicos.

## II. EL AJUSTE ESTRUCTURAL EN EL PLANO MACROECONOMICO

### 1. Variaciones en el estado de salud y en el gasto sanitario

Determinados indicadores demográficos son generalmente aceptados como estimadores del estado de salud de la comunidad. Del cuadro n.º 1, que recoge las funciones biométricas más importantes de España, los países de las Comunidades Europeas y EE.UU., se desprende:

a) Nuestra tasa de mortalidad general, decreciente a lo largo del siglo, es de las más bajas de Europa. La tasa de mortalidad infantil se sitúa en una cota muy aceptable y ha mantenido un ritmo de reducción importante en los años recientes.

b) Las cifras de esperanza de vida al nacer se sitúan en torno a la media europea, tras un sostenido crecimiento desde 1900.

La OMS define la salud como bienestar físico, psíquico y social, por lo que los indicadores demográficos no son considerados suficientes para ofrecer una visión completa de la salud de una comunidad. Con todo y con eso, podemos concluir que el estado de salud de la población española que reflejan las funciones biométricas es hoy homologable al del conjunto de los países industrializados, después de una época marcada por ritmos de mejora espectaculares.

No es fácil valorar el *gasto sanitario* agregado en España, dadas las insuficiencias de la información existente. La Contabilidad Nacional no permite el estudio del sector ni desde la perspectiva del consumo, ni desde la perspectiva de la producción. En el consumo público no se desagrega suficientemente la función sanidad y en el consumo privado se introducen elementos que corresponden a prestaciones del sistema público. Cuando estudiemos el sector desde la perspectiva de la oferta anotaremos las insuficiencias desde esta óptica. No existen, pues, series que nos permitan analizar la evolución del gasto en el tiempo. En su ausencia, existen algunas estimaciones puntuales. Recientemente la Asesoría Económica de la Ley General de Sanidad realizó una estimación por agregación institucional del sector sanitario para 1980, alcanzando la cifra de 850.000 millones de gasto nacional, lo que supone un 5,2 por 100 del PIB a precios de mercado. El cuadro n.º 2 presenta los gastos sanitarios de los países más importantes del Mercado Común,

CUADRO N.º 1

## FUNCIONES BIOMETRICAS MAS RELEVANTES. 1981

	<i>Bélgica</i>	<i>Alemania</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>R. Unido</i>	<i>Grecia</i>	
Tasa de mortalidad general .. .. .	11,1	11,7	11,0	11,8	9,1 (*)	
Tasa de mortalidad infantil .. .. .	11,7 (72-76)	11,6 (79-81)	7,9 (80-81)	11,1 (78-80)	14,2 (1970)	
Esperanza de vida al nacer .. .. .	71,84	73,29	74,15	73,50	71,88	
	<i>Italia</i>	<i>Irlanda</i>	<i>Luxem burgo</i>	<i>Holanda</i>	<i>EE.UU.</i>	<i>España</i>
Tasa de mortalidad general .. .. .	9,5	9,4	11,1	8,1	8,6	7,6
Tasa de mortalidad infantil .. .. .	14,1 (74-77)	10,6 (70-72)	N.D. (1979)	8,3 (1980)	11,7 (1979)	10,3 (1975)
Esperanza de vida al nacer .. .. .	72,79	71,14	69,80	75,80	73,90	73,34

(\*) Estimado para 1980.

N.D.: Dato no disponible.

Entre paréntesis se reseña el período al que ya referido el dato.

Fuente: Naciones Unidas: *Anuario demográfico*, Nueva York, 1982. INE: *Anuario Estadístico* 1983, Madrid, 1984.

Estados Unidos y España, su relación con el PIB y sus habitantes. España logra los buenos indicadores de salud antes constatados con recursos comparativamente limitados (Coll Cuota, 1982, y Durán Heras, 1983).

Para profundizar en el análisis del gasto no tenemos otro remedio que utilizar datos parciales e inferir determinadas conclusiones en torno al comportamiento del sector. Por una parte, nos fijaremos en los gastos de asistencia sanitaria del Instituto Nacional de la Salud, ya que es, dentro del sector público, el ente de mayor importancia y el que dispone de una serie de gastos de dieciséis años (1967-1983). En relación con el gasto privado en sanidad, hemos tomado como base las en-

cuestas de Presupuestos Familiares (64-65, 73-74 y 80-81). De este conjunto de datos deducimos:

a) El gasto sanitario creció más que el PIB en el período expansivo (1967-1973) y también al comienzo de la depresión (hasta 1977). Este fuerte crecimiento ha sido impulsado casi exclusivamente por el sector público sanitario, ya que los gastos privados en sanidad se han mantenido estables a lo largo del período en estudio (1). En términos agregados está claro que los españoles hace tiempo que optaron por la sanidad pública.

Algunas de las causas que ayudan a explicar el fuerte crecimiento de los gastos sanita-

rios en una época de crisis como la actual son: 1) Cambios importantes en la estructura de edades de la población española en los últimos veinte años. Importancia creciente de la población de la tercera edad. 2) Avances importantes en las industrias de insumos (farmacéutica y electrónica) que han aumentado las posibilidades de diagnóstico y tratamiento, incrementando sensiblemente los costes. 3) Cambios en la morbilidad de los españoles, que generan mayores costes: extensión de las toxicomanías (alcohol, tabaco y otras), fuerte crecimiento de las enfermedades del aparato circulatorio y digestivo, como consecuencia de estilos de vida no saludables, etc.

b) A pesar de que nuestros gastos de sanidad han crecido espectacularmente en los últimos dieciséis años, su nivel continúa siendo más bajo que la media de los países europeos. Existen varias razones, que analizaremos cuando estudiemos el sector desde la perspectiva de la oferta.

c) En los tres últimos años se observa una desaceleración del gasto público sanitario, quizá como consecuencia de la disciplina presupuestaria impuesta por el Instituto Nacional de la Salud que aún hoy puede controlar gran parte del gasto público sanitario dada la existencia de un presupuesto centralizado. Desconocemos las consecuencias económicas que pueda tener la existencia de diecisiete presupuestos descentralizados cuando las autonomías se consoliden.

d) Observando la estructura de los gastos privados en sanidad, destaca la escasísima porción destinada a gastos de hospitalización (sólo el 3,5 por 100

CUADRO N.º 2

## GASTO TOTAL EN SANIDAD Y PIB 1981

PAISES	PIB (1) (Miles de millones de pesetas)	Población (2) (Millones)	GTS por habitante (Pesetas)	GTS PIB = 100
Alemania ... ..	63.196	61,6	82.071	8,—
Francia .. .. .	52.669	53,9	73.188	7,5
Italia .. .. .	32.578	56,5	33.418	5,8
Reino Unido ..	46.446	56,3	49.027	6,—
Estados Unidos.	265.419	227,6	104.951	9,—
España ... ..	17.226	37,6	24.247	5,3
			$\bar{X} = 61.150$	$\bar{X} = 6,93$

GTS: Gasto total en Sanidad.

Fuente: OCDE: *National Accounts of OECD countries*, París, 1982, Cuentas de la Seguridad Social, 1981; INE, 1983, y Cuentas de las AA.PP. (Ministerio de Hacienda), 1981.

Los españoles gastan en alimentación una porción doble de su renta que el 10 por 100 más rico, en servicios médicos gastan lo mismo, sencillamente porque es una necesidad cubierta por el sector público.

## 2. La demanda agregada de servicios sanitarios

Existen servicios sanitarios (medicina preventiva, vacunaciones, educación sanitaria) a los que no se puede aplicar el principio de exclusión y el Estado tiende a procurarlos como bienes públicos. Un reflejo de esta parcela (salud pública) lo ofrece la evolución de las enfermedades de declaración obligatoria por su carácter transmisible, algunas de las cuales recoge el cuadro n.º 3 para el período 1972-1982. Hemos excluido determinadas enfermedades, propias de países subdesarrollados, que consideramos erradicadas (cólera, paludismo, etc.).

del gasto privado en sanidad). Los españoles cuando tienen necesidad de hospitalizarse acuden en masa al sector público.

e) Los gastos en sanidad privada se muestran insensibles a las variaciones de la renta. Tanto pobres como ricos utilizan la misma proporción de su renta en gastos privados de sanidad (INE, 1984, vol. 1, tabla 17).

Es éste un dato fundamental que pone de relieve la importancia del efecto redistributivo de la Seguridad Social y de la oferta pública de servicios sanitarios, que debe hacer meditar en una época en la que los problemas de la asignación parecen ocultar los de la distribución. Obsérvese que mientras el 30 por 100 de los hogares españoles con menores ingre-

CUADRO N.º 3

## ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (Casos registrados por enfermedad)

CONCEPTOS	1972	1974	1976	1978	1980	1982
Fiebres tifoideas ... ..	2.235	2.415	2.092	2.471	3.762	5.468
Tuberculosis pulmonar .. ..	3.534	3.326	3.335	3.645	4.859	7.936
Brucelosis .. .. .	6.405	7.663	4.388	4.565	5.443	7.831
Difteria .. .. .	33	22	10	8	7	6
Poliomielitis .. .. .	158	187	41	82	16	17
Tracoma .. .. .	66	38	39	11	12	16
Gripe (*) .. .. .	520,5	1.260,1	864,1	1.225,8	870,6	1.596,9
Otras enfermedades (*) .. ..	245,7	208,7	199,1	236,9	287,3	432,5
TOTAL .. .. .	778,6	1.482,4	1.073,9	1.473,5	1.172,1	2.050,7

(\*) Miles de casos.

Fuente: INE: *Anuario Estadístico de España 1983*. Madrid, 1984.

CUADRO N.º 4

**ESTADISTICAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD POR CAUSAS**  
(En miles)

DIAGNOSTICO	ENFERMOS DADOS DE ALTA EN CADA AÑO					DEFUNCIONES SEGUN LA CAUSA DE MUERTE				
	1977	1978	1979	1980	1981	1975	1976	1977	1978	1979
Enf. aparato circulatorio . . . . .	177	183	189	203	211	131	134	131	133	134
Enf. aparato digestivo . . . . .	313	326	334	367	359	16	17	16	16	16
Enf. aparato respiratorio. . . . .	238	235	222	235	264	34	32	30	29	25
Parto normal . . . . .	531	531	528	494	474	—	—	—	—	—
Enf. sistema osteoarticular, múscu- los, tejido conjuntivo . . . . .	78	87	86	102	103	—	—	—	—	—
Fracturas . . . . .	125	129	135	134	134	—	—	—	—	—
Tumores malignos . . . . .	59	59	65	72	80	53	54	55	56	57
Otras enfermedades . . . . .	1.444	1.617	1.628	1.668	1.689	64	62	62	63	59
<b>TOTALES . . . . .</b>	<b>2.965</b>	<b>3.167</b>	<b>3.187</b>	<b>3.275</b>	<b>3.314</b>	<b>298</b>	<b>299</b>	<b>294</b>	<b>297</b>	<b>291</b>

Fuentes: INE: Encuesta de morbilidad hospitalaria Años 1977 a 1981 y Boletín de Estadística, n.º 442, julio agosto 1983.

Observamos la presencia de afecciones que también deberían haberse desterrado (brucelosis) y un crecimiento en los once últimos años de fiebres tifoideas, tuberculosis y gripe, lo que pone en evidencia la debilidad de los mecanismos de salud pública en nuestro país, aunque naturalmente las causas sean diferentes para cada enfermedad. No obstante, las mejoras estadísticas pueden explicar una parte del crecimiento. El resto de las enfermedades están estabilizadas, y cuantitativamente no son significativas, aunque el objetivo final es, sin duda, su erradicación.

Pasamos a analizar la demanda de consumo de servicios sanitarios, que podemos descomponer en demanda de servicios extrahospitalarios y hospitalarios. No existen estadísticas nacionales de actividad y morbilidad en el ámbito extrahospitalario. La información fragmentaria existente, coincide en las siguientes notas:

a) Masificación de las consultas.

b) Reducido tiempo medio de atención al paciente.

c) Elevado consumo de productos farmacéuticos por paciente. En un estudio de casos se ha evaluado en un 50 por 100 su participación en los costes de asistencia primaria (Cuervo Argudín, Belenes Juárez y Gutiérrez Martí, 1982).

d) Elevada relación entre el número de enfermos asistidos y envíos al hospital, que pone en evidencia que los centros extrahospitalarios en muchos casos son meros lugares de paso hacia los hospitales, perdiendo su función curativa.

Veamos ahora la demanda de Servicios Hospitalarios. Del cuadro n.º 4, que presenta los resultados de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria durante el período 1977-1981, extraemos las siguientes apreciaciones:

a) La tasa acumulativa anual del conjunto de las enfermedades es el doble que la tasa acumulativa anual de crecimiento vegetativo de la población para el período.

b) Los grupos de enfermedades que han experimentado mayor crecimiento son: tumores malignos, enfermedades del sistema osteoarticular, enfermedades del aparato circulatorio y digestivo.

Parece, pues, que estamos ante una demanda creciente e independiente, en su conjunto, del nivel de renta y precios y de la situación de crisis. Por otro lado, la importancia relativa de cada una de las morbilidades, no coincide con las causas de muerte. Las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de los tumores malignos, son los grupos más preocupantes en cuanto a números absolutos y en crecimiento.



### 3. La oferta de servicios sanitarios

En este capítulo haremos una descripción limitada de los recursos existentes, así como de los principales problemas que presenta el sector desde el óptica de la producción. Incluiremos también comparaciones internacionales que nos permitan ver nuestra situación relativa.

Para analizar el sector hospitalario, el cuadro n.º 5 ofrece una serie de datos estructurales (casi la única existente). De él podemos deducir:

a) A pesar del carácter recesivo del período en estudio, el número de camas aumenta (la caída del número de camas de los dos últimos años de la serie corresponde a una depuración estadística).

b) El número de hospitales se reduce y su tamaño medio aumenta, saliendo del mercado instituciones con reducido número de camas y escaso equipamiento.

c) La cifra de personal empleado es creciente, excepto el último año, en que se hizo la depuración de instituciones. Este dato confirma la idea de que es un sector que está creando empleo.

d) En los diez años de nuestro estudio, los gastos corrientes hospitalarios se multiplican 11,7 veces, mientras que el PIB lo hacía solamente 4,8 veces.

e) Veamos dos *ratios* que matizan las conclusiones anteriores:

	1973	1982
Personal empleado por cama.	0,8	1,4
Índice de rotación enfermo/cama...	14,0	18,5

No solamente ha crecido el número de personal empleado en este sector, sino que la dotación de personas por cama ha aumentado, lo que supone,

en términos generales, una mejora de la calidad asistencial.

El aumento del índice de rotación enfermo/cama significa, en general, que ha mejorado la ocupación de los hospitales y/o se ha reducido el grado de permanencia de los enfermos en el hospital.

f) Veamos ahora los gastos hospitalarios en relación con la población. En pesetas de 1976, hemos pasado de 2.030 pesetas/habitante en el año 1973 a 13.570 en 1982, multiplicándose 6,68 veces. La explicación hay que buscarla en la mayor dotación de personal/cama y mejor equipamiento hospitalario.

g) No existen estadísticas de la tecnología médica introducida en los hospitales en los últimos veinte años, pero es conocido que se han efectuado equipamientos muy importantes y que este proceso no ha dado lugar a desplazamientos de mano de obra.

Teniendo en cuenta la reserva con que se han de manejar las comparaciones internacionales

CUADRO N.º 5

#### ALGUNOS DATOS ESTRUCTURALES DEL SECTOR HOSPITALARIO ESPAÑOL

AÑOS	Camas	Porcentaje variación	Personal	Porcentaje variación	Gastos totales (millones de pesetas)	Porcentaje variación	Enfermos ingresados (miles)	Porcentaje variación
1973	180.547	—	158.932	—	43.888	—	2.545	—
1974	185.218	2,59	173.229	9,—	68.321	55,68	2.713	6,58
1975	190.444	2,83	197.717	14,14	87.385	27,90	2.846	4,94
1976	194.097	1,92	214.881	8,69	122.072	39,69	3.067	7,75
1977	200.139	3,12	235.500	9,60	177.654	45,53	3.240	5,66
1978	202.043	1,—	249.073	5,77	233.275	31,30	3.325	2,59
1979	203.819	0,88	263.206	5,68	286.658	22,88	3.412	— 2,63
1980	203.231	0,29	272.117	3,39	356.536	24,38	3.469	1,68
1981	195.510	— 3,30	303.193	11,43	443.077	24,28	3.577	— 3,11
1982	190.436	— 2,60	271.950	— 10,31	513.540	15,90	3.535	1,16

Fuente: INE: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. Años de 1973 a 1982.

CUADRO N.º 6

## ALGUNOS PARAMETROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD EUROPEA, ESTADOS UNIDOS Y ESPAÑA

CONCEPTO	Bélgica	Francia	Alemania · Rep. Federal	Luxemburgo	Países Bajos	Grecia
Médicos por 10.000 habitantes... ..	22,50 (1978)	16,30 (1976)	20,40 (1977)	11,39 (1977)	17,16 (1977)	22,07 (1977)
Camas por 10.000 habitantes ... ..	89,30 (1976)	105,50 (1976)	117,80 (1977)	122,00 (1977)	100,90 (1976)	63,70 (1977)

  

CONCEPTO	Italia	Dinamarca	Irlanda	Reino Unido	EE. UU.	España
Médicos por 10.000 habitantes... ..	20,62 (1974)	19,52 (1976)	12,03 (1976)	15,17 (1977)	16,89 (1976)	17,96 (1976)
Camas por 10.000 habitantes ... ..	103,60 (1976)	87,20 (1975)	105,00 (1977)	83,10 (1977)	63,00 (1977)	54,00 (1975)

Fuente: WHO: *World Health Statistics Annual 1980. Health Personnel and Hospital Establishments*. INE: *Anuario Estadístico*, Madrid, 1983.

les, veamos el cuadro n.º 6, recordando que la OMS, a través de sus expertos, indica como cifras objetivo 20 médicos y 60 camas por 10.000 habitantes. En relación con el número de médicos, España tiene cifras cercanas a la media de los países del cuadro. En 1982, esta cifra se ha superado, alcanzando 27 médicos por 10.000 habitantes. Nuestra dotación de camas por 10.000 habitantes es baja en relación con los países europeos y Estados Unidos. En estudios recientes de la OMS, se está afirmando que el número de camas existentes en Europa es excesivo, ya que estas dimensiones fueron alcanzadas en una época de abundancia de recursos, donde los ingresos en hospitales se realizaban muchas veces de manera injustificada por las deficiencias en la atención primaria. Hoy, ante los fuertes costes por cama en funcionamiento, se está pensando reducir su número. Por lo tanto, puede defenderse que en nuestro país no tenemos un déficit ab-

solutivo de camas, aunque sí es verdad que existen deficiencias en determinadas zonas geográficas que habría que corregir.

Si a nivel general no existe insuficiencia de recursos ni humanos ni materiales, un análisis más detallado pone en evidencia diferencias de equipamiento y personal importantes entre hospitales, existiendo centros claramente sobredotados. La estructura de costes es muy rígida (los gastos de personal giran alrededor del 75 por 100 de los gastos de explotación), lo que supone que la mayor parte de esos costes son independientes del nivel de actividad. Eso no significa que no se puedan introducir mejoras de gestión, sino que es preciso antes realizar una profunda reorganización de recursos (Cruz Roche, 1984).

Veamos ahora la asistencia primaria pública. La OMS, a través de sus expertos, recomienda un médico general por cada 1.250/2.500 habitantes. En nuestro país teníamos un médico ge-

neral por 2.594 habitantes en 1982. Nos situamos en una cifra recomendada, pero, como ocurre en los hospitales, estos recursos humanos no se hallan equitativamente distribuidos en relación con la población. En cuanto al nivel de equipamiento, es de destacar la insuficiencia de medios de los médicos titulares financiados por las Consejerías de Sanidad, frente a la mejor dotación de los consultorios de la Seguridad Social. Podríamos pensar que nuestro nivel de recursos humanos es adecuado, pero nada más lejos de la realidad, al dedicar cada uno de estos facultativos una jornada diaria muy limitada, problema que tiene como consecuencia la masificación de las consultas.

Como característica general de los dos sectores (hospitalario y extrahospitalario), podemos concluir que existe una desigualdad territorial en el reparto de los recursos humanos y físicos, problema complejo desde el punto

de vista jurídico y económico, que tendrá que afrontarse con urgencia, ya que es la base de la igualdad en el acceso a los sistemas sanitarios.

Durante la década de los setenta, el sector hospitalario (fundamentalmente la Seguridad Social) ha continuado con la expansión de la década anterior, generando directa e indirectamente empleo, y cuyo reajuste ha consistido en una ligera desaceleración impuesta por la disciplina presupuestaria y ante una demanda cada vez mayor, que en algunos casos seguramente no se cubrirá suficientemente.

### III. EL AJUSTE ESTRUCTURAL EN EL PLANO MICROECONOMICO

La industria de la salud y la asistencia sanitaria presenta, en cuanto mercado, fallos y elementos monopolísticos que entorpecen su funcionamiento eficiente. Trataremos de destacar aquellos sobre los cuales la crisis ha incidido de forma más aguda.

#### 1. La tecnología

Mucho antes de que la crisis económica se afincara entre nosotros, en la industria de la asistencia sanitaria se detectó una modificación tecnológica fundamental: una creciente interdependencia de los servicios sanitarios entre sí y respecto de otras industrias y actividades. Hace cincuenta años el médico, ejerciendo en su consulta prácticamente en solitario, era el absoluto protagonista. Desde entonces, la creciente especializa-

ción ha originado mayor interdependencia entre los médicos, ha ampliado las tareas confiadas al personal auxiliar, ha atribuido más importancia al hospital y, sobre todo, generado mayor interconexión con el resto de las industrias que intervienen en la prestación de servicios de salud, especialmente con las que proporcionan insumos, tales como medicamentos o equipo capital. Los antibióticos, los rayos X, la radiografía y, más recientemente, la ecografía o los *scanners* han condicionado decisivamente la práctica médica.

Con la crisis, se ha propagado a los países desarrollados, y desde luego a España, la discusión, originada en los países subdesarrollados y en los organismos internacionales, acerca de la eficiencia de estas tecnologías «duras», pues muchas veces generan gasto sanitario pero no mejores indicadores de salud. Esta se consigue, en cambio, mediante tecnologías «blandas» (atención primaria) o que tienen poco que ver con la asistencia sanitaria en sentido estricto (mejoras de alimentación, vivienda, tratamiento de aguas, cambios en el estilo de vida) (WHO and UNICEF, 1978) (2). De aquí resulta un cierto freno a la tecnificación y la superespecialización, claramente perceptible en muchos países. El mejor exponente es la drástica reducción en el número de camas de hospital consideradas como necesarias. Hoy se estiman suficientes cinco por mil habitantes, cuando hace años diez se reputaban indispensables.

Esta tendencia choca con fuerzas contrapuestas no menos poderosas. Muchas empresas, que ven disminuir el nivel de actividad en otros sectores, como reacción defensiva frente a la

crisis, y para diversificar sus riesgos, se desplazan hacia la producción y venta de insumos para la asistencia sanitaria, cuya demanda no flexiona en la recesión. Otras, siguiendo estrategias agresivas, han redoblado sus esfuerzos de investigación y desarrollo de bienes y servicios para un mercado de demanda rígida, que puede darles salida con más facilidad y mayores promesas de rentabilidad que casi cualquier otro. No puede extrañar que se hayan conseguido hace poco o se vislumbren ahora, para el futuro inmediato, muy importantes avances tecnológicos.

#### 2. La demanda

El mercado no funciona si el consumidor no dispone de información suficiente para efectuar elecciones racionales entre los distintos bienes y servicios, configurando sus planes de gasto con el objetivo de maximizar su utilidad. Pero en el mercado de la salud la falta de información y la incertidumbre dominan al consumidor. Las posibilidades de aprendizaje a costa de la experiencia propia o ajena que se dan en otros mercados son limitadas. La medicina es una ciencia particularmente compleja y se acepta que existe una gran diferencia de conocimientos entre médico y paciente.

De aquí surge una particular relación entre ambos, caracterizada por numerosos economistas como una *relación de agencia*: «Cada episodio de enfermedad... toma al individuo por sorpresa. Busca asistencia médica... y la decisión sobre el tratamiento descansa exclusivamente en el doctor. Es éste quien decide la cantidad y la calidad

de la asistencia requerida y, en general, suministra por sí mismo parte de la misma» (Cullis y West, 1979, pág. 84).

Para algunos, las circunstancias en el mercado de la salud son tan especiales que frente al enfoque de la demanda se ha de adoptar el enfoque de *la necesidad*. Los consumidores no demandan por su propia iniciativa. Reciben lo que necesitan: el tratamiento se configura como un conjunto o paquete. El enfermo lo toma o lo deja.

En cualquier caso, tanto si se acepta que existe una relación de agencia entre médico y paciente como si destacamos el concepto de necesidad, llegamos al mismo resultado: la rigidez de la demanda, que permite al oferente elevar el precio hasta que topa con la restricción que impone el nivel de renta del consumidor. La oferta, además, induce su propia demanda. Se realizan actos y se prestan servicios sanitarios por decisión de quien los suministra.

Finalmente, hay que destacar la insensibilidad de la demanda frente al precio. Los médicos, por la naturaleza de su trabajo referido al dolor, a la vida y a la muerte, tienden a actuar dominados por un particular imperativo tecnológico. Su actitud es prestar la mejor asistencia técnicamente posible sin tener en cuenta el coste. La insensibilidad de la demanda al precio se refuerza cuando paga un tercero: sistemas Nacionales de Salud, sistemas de Seguridad Social o compañías de seguro privado. Esta situación se ha expresado con la frase lapidaria: *He who orders does not buy; he who buys does not pay*. Quien encarga (el médico), no

compra. Quien compra (el consumidor/paciente), no paga.

Contando con estas condiciones tan propicias a la configuración de los servicios sanitarios como estructura monopolística, en época de crisis no cabe esperar reducciones significativas de su demanda efectiva agregada, sino el crecimiento del sector sanitario en términos relativos o, si se quiere, a costa de otros sectores de la economía. El crecimiento del porcentaje del PNB dedicado a asistencia sanitaria por los países desarrollados se explica, pues, al menos en parte, por las posibilidades de la demanda.

Por eso la introducción del principio del presupuesto, con firmeza y con imaginación, es fundamental para gobernar en época de crisis el gasto agregado del sector. Las medidas deben orientarse allí hacia donde reside el poder de decisión: sobre esos peculiares «agentes» de compras, contratación y ejecución de servicios, que son los médicos. Los instrumentos de penalización o estímulo que se dirigen al consumidor o son inútiles, porque decide poco o, si funcionan, es porque lo expulsan del mercado. Pero esto último es tirar el agua de la bañera con el niño dentro.

En España se ha tratado reiteradamente de influir sobre el gasto en medicamentos del INSALUD. La contribución del enfermo —40 por 100 del PVP desde 1981—, concebida como *ticket* que se paga en el momento de percibir el servicio para moderar el consumo, se ha demostrado que es una fuente de financiación adicional, pero no un mecanismo que discipline la demanda. En cambio, la ins-

tauración del presupuesto individualizado para los médicos, que ha limitado el gasto en medicamentos del que pueden disponer, en términos físicos primero (restricción de recetas), y en términos monetarios ahora, promete ser, si la Administración redobla los esfuerzos de información y explicación y afina sus cálculos, una excelente verificación de las hipótesis teóricas mantenidas por la microeconomía de la salud que permitirá liberar recursos, más escasos en la crisis que en el auge, hacia necesidades acuciantes.

Lo más interesante del concepto de relación de agencia es que permite introducir en el análisis las dos facetas de la contradicción que afecta, en un mercado privado, a los profesionales sanitarios. Primero, su consideración como oferentes de servicios, según el modelo tradicional oferta-demanda, que mantienen intereses económicos contrapuestos con los del consumidor. Segundo, los médicos, farmacéuticos, etc. como agentes del paciente, con capacidad para influir sobre las propias percepciones que éste tiene de sus necesidades sanitarias y desplazar las funciones de demanda hacia la derecha.

El pago por acto médico mantiene esta contradicción y origina efectos perniciosos. Desde el punto de vista sanitario, favorece conflictos entre especialistas y desincentiva la prevención, pues los médicos cobran por tratar enfermos y no por prevenir la enfermedad. Desde el punto de vista económico, favorece precios altos, pues permite cargar lo que el mercado puede soportar; también incentiva el gasto, al primar el uso de los servicios que más rinden por unidad de tiempo y deses-



timular el empleo de sustitutos relativamente más baratos.

### 3. Barreras que impiden la entrada en el mercado de competidores potenciales

Los servicios prestados por profesionales representan el insumo fundamental en la industria de la salud y la asistencia sanitaria. Por esta razón, ya se justifica el estudio de la titulación y especialización de profesionales. Pero es que, además, funcionan como barreras a la entrada. No se olvide que un mercado no puede mantener a largo plazo beneficios más altos que la tasa media de remuneración del capital, a no ser que existan barreras que impidan la entrada de competidores potenciales. No en vano estamos ante profesiones con dilatadísima tradición histórica y cuya organización corporativa está singularmente consolidada.

En España, sobre la evolución del asociacionismo profesional médico y sus caracteres diferenciales, se ha destacado la «tardeja institucionalización de la profesión médica... que impide desde el principio una defensa efectiva del monopolio médico»; y que históricamente «sólo se pueda hablar de una profesión médica débil y desorganizada, con poco poder político y profesional» (De Miguel, 1982, pág. 119). Hay aquí, seguramente, y por lo que toca a los últimos cincuenta años, un error de apreciación. Quizás las profesiones sanitarias españolas no se estructuraron tan rígidamente como las de otros países. Pero, en relación con nuestro peculiar

medio político y sociológico, resulta difícil no conceptuarlas como asociaciones potentes, por comparación con otras asociaciones (sindicatos de trabajadores o asociaciones de consumidores) y porque no se puede aplicar mecánicamente el modelo grupo de presión-Estado a su relación con el poder público por encontrarse, institucional y realmente, imbricadas en éste hasta la Constitución de 1978. Los acontecimientos de los últimos años revelan un refuerzo de las instancias asociativas sanitarias como consecuencia de su «separación» del Estado y ante el conflicto entre crisis económica y plétora profesional.

En el mundo sanitario tenemos, por un lado, barreras hacia el exterior, hacia los no profesionales, debidas a la exigencia de un título que funciona como licencia para ejercer. Aquí aparece en primer plano el conflicto entre el título como garantía de calidad de la asistencia y su posible utilización como instrumento de exclusión al servicio de estrategias monopolísticas. El filo de la navaja es aquí muy cortante. Una política restrictiva puede suponer, a medio plazo, gastos excesivos y derroche de recursos vía precios altos. Una política permisiva también puede dar lugar al derroche por vía de una oferta en exceso de las necesidades, capaz de generar su propia demanda y estimulada por unos profesionales lógicamente ansiosos de ejercer y de poner en práctica los conocimientos adquiridos en largos años de estudio. La planificación a corto, medio y largo plazo de la oferta de profesionales es, sin duda, uno de los aspectos más relevantes a considerar por las ciencias sociales de la salud, espe-

cialmente si se tiene en cuenta la «plétora profesional»: en los distintos países europeos el número de médicos se ha duplicado o triplicado en los últimos veinte años. En España «se ha pasado de 36.585 a 104.547 en 1982, es decir, se han multiplicado por 2,95. Este crecimiento es muy superior al crecimiento vegetativo de la población y ha conducido a una elevada densidad de médicos... España tiene una densidad de un médico por cada 354 habitantes, situándose para el año 1982 en el tercer puesto del *ranking europeo, sólo por detrás de Italia y Alemania Occidental*» (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, páginas 15 y 16). «La plétora médica es un fenómeno relativamente reciente que tiene su origen en la afluencia masiva de estudiantes a las facultades de Medicina durante la década de los setenta» (*Ibid.*, págs. 16 y 17). Para el futuro se espera que «el número de médicos activos previstos en el año 1985 sería 1,5 veces superior al existente a principios de 1980, mientras que el *stock* previsto para 1990 sería tan sólo 1,1 veces superior al de 1985» (*Ibid.*, páginas 29 y 30). Obsérvese que las estimaciones hechas para calcular una plantilla de médicos del sector público ajustada a «necesidades reales» añadirían sólo unos 1.300 puestos de trabajo, aunque se producirían profundos cambios en la distribución de los médicos entre los distintos niveles asistenciales (*Ibid.*, págs. 68 y ss.). En todo caso, está claro que uno de los principales problemas del sector, si no el primero, viene dado por «las tensiones derivadas del elevado número de médicos y la búsqueda de una suficiente actividad profesional» (Costas Lombardía, 1983, pág. 61).

No sólo hay barreras hacia los no profesionales, sino que también hay barreras hacia otros profesionales. Tenemos en España numerosos conflictos de este tipo, por ejemplo, entre odontólogos y mecánicos protésicos, o entre ópticos y oftalmólogos. El caso de los odontólogos en España revela un mercado con altas barreras a la entrada que, a largo plazo, da lugar a altos precios, a restricción de la oferta y a deficiencias sociales en la asistencia.

Además, hay que considerar las barreras hacia el interior de la propia profesión. En nuestro medio rural existen los partidos médicos «cerrados» para las circunscripciones de 6.000 habitantes o menos, en las que la Ley elimina la competencia, pues sólo el médico titular puede trabajar en ellas. Así, «además de los consiguientes sueldos del Estado y de la Seguridad Social se les aseguran, sin disputa posible, los honorarios resultantes del ejercicio de la profesión como médico libre» (Muñoz Machado, 1975, pág. 70. Véase también De Miguel, 1978, página 120).

Por otro lado, los médicos generales compiten con los especialistas y éstos entre sí. Otras barreras, de extraordinaria relevancia económica, pueden afectar al derecho a utilizar los servicios de un hospital, a las condiciones profesionales que hay que reunir para decidir el ingreso de los pacientes o para intervenir quirúrgicamente.

La crisis y la «plétora profesional», ambas relacionadas de forma compleja, tienen un efecto ambivalente sobre estas barreras. Por un lado, la presión de la oferta de nuevos profesionales tiende a derribarlas (por

ejemplo, en el caso de los dentistas). Por otro, suscitan reacciones defensivas, como la «sobreespecialización». En España el número de especialidades médicas reconocidas es superior al de las Comunidades Europeas. También superamos a todos los países integrados en ellas en tasa de especialización y en densidad de especialistas por habitante (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, pág. 37). Por contra, las especializaciones que no pueden reclamar para sí un órgano o aparato del cuerpo humano y que carecen de jurisdicción sobre un número concreto de camas en los hospitales, no progresan ni entre nosotros ni en el extranjero. Por ejemplo, la epidemiología o la farmacología clínica.

#### **4. Diferenciación del producto**

Algunos de los elementos reseñados hasta aquí cumplen también una función de diferenciación de los productos o los servicios. Tal ocurre con la especialización y, desde luego, con la publicidad. En unión de las marcas comerciales, constituyen instrumentos que tienden a hacer preferir al consumidor el producto o el servicio de un oferente concreto, rechazando otros iguales, incluso más baratos. La diferenciación del producto tiene gran importancia en las industrias suministradoras de insumos, pero también en los servicios médicos en sentido estricto. La crisis no cabe duda que ha acentuado las estrategias de diferenciación.

#### **IV. UNA POLITICA PARA EL SECTOR SANITARIO: LA LEY GENERAL DE SANIDAD**

Vicente Ortún ha resumido las principales características de nuestro sector sanitario:

1. Es un sistema basado fundamentalmente en la Seguridad Social, lo que significa que solamente protege a los trabajadores activos, sus beneficiarios y pensionistas. No incluye todas las especialidades (psiquiatría y estomatología) y faltan prótesis de gran incidencia en la tercera edad (gafas, dentaduras postizas, aparatos para sordos, etc.).

2. Es un sistema centrado en los hospitales, que absorben más del 60 por 100 de los recursos totales. Si consideramos que el 20 por 100 aproximadamente de estos recursos se destinan a farmacia, deduciremos la escasa importancia de la atención primaria.

3. Es un sistema no integrado y no coordinado, como pone de manifiesto el divorcio existente entre los servicios de salud pública y los asistenciales. Las administraciones sanitarias locales, las del Estado y de la Seguridad Social han tenido una existencia paralela. Es un sistema no equitativo, como pone de manifiesto la distribución geográfica del gasto.

4. Es un sistema sujeto a un proceso de descentralización, como consecuencia de la nueva Constitución española, pero con un bajo nivel de participación de la población en los servicios.

5. Desde el punto de vista de la financiación, es un sector mayoritariamente público (el 75 por 100 del sector está finan-



ciado por el sector público). Desde el punto de vista de la provisión de servicios, el sector público ofrece el 60 por 100 aproximadamente de los mismos (Ortún, 1984).

Como hemos señalado anteriormente, la explosión de los gastos de sanidad es fenómeno generalizado en los países desarrollados aun en el período de crisis. Dos orientaciones cabe descubrir en las políticas sanitarias en práctica. La primera se caracteriza porque reivindica el mercado como mecanismo de asignación eficiente de recursos; enfatiza la idea de que la salud es un problema individual; considera que cada persona aislada debe tomar sus decisiones sobre el consumo y que el mercado es quien debe proveer los servicios. La otra orientación hace hincapié en las imperfecciones del mercado (incertidumbre, falta de soberanía del consumidor, competencia imperfecta, bienes públicos, externalidades, etcétera...), y propone medidas de planificación (análisis de las necesidades, elaboración de objetivos, programación, ejecución y evaluación).

El proyecto de Ley General de Sanidad opta por esta segunda línea, al prever la creación de un Sistema Nacional de Salud con las siguientes notas esenciales:

1) Garantizar la salud a todos los españoles, lo que supone la universalización de las prestaciones a todos los ciudadanos y a todas las especialidades (excepto algunos aspectos de la estomatología).

2) Entiende la salud como un concepto integral, de tal forma que el aparato asistencial trata conjuntamente aspectos de

promoción, prevención, curación y rehabilitación.

3) Introduce mecanismos de participación comunitaria, para acercar los servicios sanitarios a la población.

4) La financiación del Sistema Nacional de Salud es pública (Seguridad Social, Estado, Comunidades Autónomas, Administración Local).

5) Dibuja un sistema de gestión descentralizada, en armonía con la Constitución, siendo las Comunidades Autónomas quienes tienen las competencias de gestión de los Servicios Sanitarios (Mansilla, 1984).

Se opta, pues, por un sistema de provisión pública de salud del que cabe esperar: *a)* Mayor equidad para los individuos en el acceso a los servicios sanitarios. *b)* Una política coordinada de compras públicas que abaratará los suministros del sistema y favorecerá la reindustrialización y el desarrollo tecnológico. *c)* La Ley no establece el sistema de retribuciones del personal médico, pero es de suponer que para el sector público se desarrollen sistemas de retribuciones por jornadas laborales, con evidentes ventajas sobre las retribuciones por acto médico. *d)* La Ley opta por el reforzamiento de la asistencia primaria, lo que eliminará gran parte de la morbilidad hospitalaria y sus costes. Esta opción, además, es relativamente más intensiva en trabajo que en capital, lo que beneficia la creación de empleo. *e)* La Ley incluye importantes previsiones relativas a la docencia y la investigación científica. No hay que olvidar que «durante la última década la aportación española a la producción circulante en la comunidad científica internacio-

nal tiende a aumentar tanto en términos absolutos como relativos», y que el 45,7 por 100 de los trabajos españoles publicados en revistas extranjeras entre 1978 y 1982 pertenecían al área de las ciencias médicas (López Piñero, Terrada y Portela, 1984, págs. 38 y 39).

## **V. ALGUNAS PRECISIONES SOBRE LA FINANCIACION DEL GASTO SANITARIO PUBLICO EN ESPAÑA**

Como hemos comentado anteriormente, es bien conocido el carácter crecientemente dominante del Subsector Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social dentro del sector público sanitario. Hoy protege al 93 por 100 de la población española, por lo que sus problemas de financiación pueden ser considerados suficientemente representativos del conjunto del sector. Por ello, para abordar este epígrafe, resumiremos los problemas financieros de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en la actualidad y, a continuación, analizaremos el tratamiento que el Proyecto de Ley General de Sanidad da a estas cuestiones.

Es evidente que, con la ausencia del mecanismo regulador de los precios en el suministro de servicios sanitarios, desaparece el mejor indicador para detectar los problemas de financiación. La Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD) carece de recursos propios y se nutre, como sabemos, de los ingresos de la Seguridad Social. Ante estas ausencias, el estudio debe desplazarse hacia análisis

de eficiencia en la asignación de recursos sanitarios y hacia los efectos económicos producidos por las figuras impositivas que nutren las arcas del subsector Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.

Recordemos brevemente algunas notas sobre el comportamiento de las variables de gasto: Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, Seguridad Social y PIB a coste de factores, según los datos contenidos en el Documento Base sobre la Reforma de la Seguridad Social (1985):

a) Desde 1970 a 1978 se produce un crecimiento más rápido de los gastos de Asistencia Sanitaria que el PIB. A partir de 1978, la participación de los gastos de Asistencia Sanitaria en el PIB disminuye 0,13 puntos. La estabilidad de los gastos sanitarios en relación con el flujo de bienes y servicios producidos en este último período es, por tanto, clara y constituye un fenómeno de notable importancia.

b) Desde 1970 a 1977 el crecimiento de los gastos de asistencia Sanitaria fue superior al del conjunto de gastos de la Seguridad Social. De nuevo en el año 1978 se produce un cambio en la tendencia y estos gastos pasan a crecer menos que los de pensiones y desempleo. Por tanto, son estas dos rúbricas las que más presionan financieramente sobre los recursos del Sistema de la Seguridad Social.

Sería precipitado deducir del comportamiento de los gastos sanitarios a partir de 1978 que se ha mejorado la eficiencia en la asignación de recursos. Para llegar a tal conclusión habría de efectuarse un análisis de *ratios* técnicos y una valoración del producto intermedio (calidad en

los servicios) y del producto final (niveles de salud). Pero, sin duda alguna, se ha ejercido una disciplina presupuestaria centralizada cuyos resultados están ahí. No debemos olvidar, sin embargo, que, como ha sucedido en países más desarrollados que el nuestro, en el futuro aparecerá o se intensificará la acción de determinadas causas de incremento de los gastos sanitarios produciendo problemas financieros. Pensemos en los cambios demográficos, avances en la tecnología médica que no elimina puestos de trabajo, aumentos en la «densidad del consumo de servicios médicos», etc.

Examinemos a continuación en forma sintética cómo dibuja el Proyecto de Ley General de Sanidad sus mecanismos de financiación. Podemos calificarlos como un modelo de financiación múltiple en sus fuentes y descentralizado en su gestión. El sector sanitario público se financiará por las siguientes fuentes:

1) *Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas*. El Estado financiará una cantidad equivalente al coste de los servicios transferidos en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas.

2) *Fondo de Compensación Interterritorial*. El Estado, con el fin de eliminar desigualdades, financiará proyectos de inversión en instituciones sanitarias.

3) *Corporaciones Locales*. El Estado canaliza flujos financieros a las Corporaciones Locales a través del Fondo de Cooperación Municipal que dichas Corporaciones destinan a funciones sanitarias. El Proyecto de Ley General de Sanidad establece que parte de estos recur-

sos sanitarios se transfieran a las Comunidades Autónomas.

4) *Transferencias del Estado a la Seguridad Social*. Según el Proyecto de Ley, estos recursos tienen dos finalidades diferentes. El Estado soportará financieramente *la extensión de la cobertura* en la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social hacia personas sin recursos no protegidas. Las personas que teniendo recursos económicos suficientes no estén protegidas por la Seguridad Social financiarán por sí, mediante tasas, la asistencia sanitaria que reciban.

5) *Seguridad Social*. La Seguridad Social seguirá financiando la asistencia sanitaria de su población protegida, suponemos que en la misma cuantía, pues la Ley no dice nada en este sentido. Por su lado, las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales seguirán financiando la asistencia sanitaria de los trabajadores, cuando la causa de la enfermedad sea el accidente de trabajo o la enfermedad profesional y el Instituto Social de la Marina seguirá prestando la asistencia sanitaria a los trabajadores del mar y sus beneficiarios.

En resumen, los mecanismos de financiación del Sistema Nacional de Salud parece que, al menos a corto plazo, van a ser los mismos que tenía el sector sanitario público antes de la Ley y, por lo tanto, con un peso mayoritario de la financiación vía Seguridad Social. Sobre los efectos económicos negativos — tantas veces apuntados — de las cotizaciones que la nutren no vamos a extendernos aquí.

La Ley introduce algunas prestaciones nuevas y la extensión de su cobertura para algunos co-



CUADRO N.º 7

**PERIODIFICACION DEL GASTO DE LA LEY DE SANIDAD**  
(En 10<sup>6</sup> pesetas)

AÑOS \ PROGRAMAS	Universalización	Salud mental	Reorganización y estructura	Investigación	Odontología	Mayor uso del servicio sanitario	Otros costes	Total
1986 ... ..	9.900	3.400	2.413	1.200	200	5.600	400	23.113
1987 .. ..	19.800	6.800	2.413	2.400	400	11.200	800	43.813
1988 .. ..	29.700	10.200	2.413	3.600	600	16.800	1.200	64.513
1989 ... ..	39.500	13.600	2.413	4.800	800	22.400	1.600	85.113
1990 ... ..	49.500	17.000	2.413	6.000	1.000	28.000	2.000	105.913

Fuente: Memoria Económica de la Ley General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1984.

CUADRO N.º 8

**PREVISIONES SOBRE LA EVOLUCION DE GASTOS SANITARIOS**  
(En miles de millones de pesetas corrientes)

	1983	1984	%	1985	%	1986	%
PIB cf. ... ..	22.778	25.754	13,00	28.336	10,00	31.227	10,00
Gastos totales en Seguridad Social ... ..	2.736	3.105	13,5	3.599	13,6	4.034	14,3
Prestaciones económicas de la Seguridad Social...	1.796	2.073	15,3	2.376	14,6	2.825	18,9
Gastos de INSALUD...	844	875	3,7	970	10,8	1.121	15,5
Gastos del Ministerio de Sanidad ... ..	42	45	6,18	41	-7,6	47	12,5
Total gastos sanitarios ...	886	9,20	3,9	10,12	10,00	11,21	11,00
Gastos Ley Sanidad ... ..	—	—	—	—	—	26	—

  

	1987	%	1988	%	1989	%	1990	%
PIB cf. ... ..	34.048	9,00	37.037	8,7	40.259	8,7	43.762	8,7
Gastos totales en Seguridad Social ... ..	4.506	11,6	5.023	11,4	5.592	11,3	6.219	11,2
Prestaciones económicas de la seguridad social...	3.193	13,00	3.600	12,7	4.049	12,5	4.546	12,2
Gastos del INSALUD...	1.219	8,7	1.323	8,5	1.436	8,5	1.558	8,5
Gastos del Ministerio de Sanidad ... ..	51	8,7	55	8,7	60	8,7	65	8,7
Total gastos sanitarios ...	12,08	8,00	13,03	8,00	14,04	8,00	15,14	8,00
Gastos Ley Sanidad ... ..	52	—	81	—	111	—	142	—

Fuente: Escenarios Macroeconómicos para la Economía Española, Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1984.

lectivos. La memoria económica de la Ley cifra en 105.913 millones de pesetas las necesidades financieras de estas nuevas obligaciones. Se ha optado por su implantación escalonada en cinco años. Los conceptos en los que se distribuye la citada cantidad son los siguientes: extensión de la cobertura, salud mental, reorganización y estructura hospitalaria, investigación y odontología y mayor uso de los servicios sanitarios. Un desglose de estos conceptos, periodificado en los cinco años, se incluye en el cuadro n.º 7. Las partidas más significativas en las que se ha materializado la reforma son: universalización del derecho (49.500 millones), mayor uso de servicios sanitarios (28.000 millones) y salud mental (17.000 millones). Se incluyen sólo gastos corrientes, ya que se parte de la hipótesis de que la reforma no dará lugar a gastos de inversión.

Los organismos sanitarios públicos carecen de ingresos propios, lo que impide hablar, en sentido estricto, de *déficit sanitario público*. En un intento de aproximación indirecta al problema, y teniendo presente que estos organismos se financian por cuotas de la Seguridad Social y transferencias del Estado, veamos las previsiones sobre la evolución de gastos que han realizado los Ministerios de Hacienda y Trabajo, lo cual nos permitirá evaluar el grado de responsabilidad que los gastos sanitarios tienen en el déficit de las Administraciones públicas (Ministerio de Economía y Hacienda 1984 y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social 1985). El cuadro n.º 8 contiene sus estimaciones hasta 1985 en función de las proyecciones demográficas correspondientes y de

los costes de períodos anteriores. Las previsiones sobre los gastos sanitarios del INSALUD suponen un crecimiento similar al del PIB. En cambio, las previsiones sobre prestaciones económicas de la Seguridad Social muestran un aumento en su participación sobre el PIB, que pasaría del 12 por 100 (1983) al 14,20 por 100 (1990). Esta evolución es congruente con lo ocurrido desde 1978, fecha a partir de la cual los gastos sanitarios se estabilizaron y las prestaciones económicas crecieron a una tasa mayor que el PIB. Las previsiones sobre gastos del Ministerio de Sanidad no deben preocupar, ya que son gastos fundamentalmente corrientes que, desde una óptica macroeconómica, no deben crecer significativamente. Hemos incluido en el cuadro n.º 8 los gastos totales periodificados derivados de la aplicación de la Ley de Sanidad, pero sin agregarlos con los del INSALUD para que no desvirtúen la tendencia de este organismo. Representa una masa de recursos nada desdeñable desde el punto de vista de la financiación, que se estabilizaría a partir de 1990, fecha en la que culminará la puesta en marcha de las nuevas obligaciones ocasionadas por la Ley.

Teniendo en cuenta que en el medio plazo la Ley de Sanidad no modifica las estructuras de financiación de la sanidad pública, hay que seguir enmarcando la cuestión en el problema general de la financiación de la Seguridad Social. El punto débil se encuentra en la incapacidad de las cotizaciones para crecer a ritmos similares a los gastos, lo que hace cada vez más necesarias las transferencias del Estado a la Seguridad Social, que en 1977 representaban el 0,40

por 100 del PIB y en 1984 el 2,46 por 100. En el futuro estas diferencias aumentarán si se mantienen las tendencias vigentes.

## NOTAS

(1) La participación de los gastos privados en sanidad efectuados por familias a lo largo del período 1964-1981, ha permanecido estable en relación con su gasto total (64-65 = 2,4 por 100, 73-74 = 2,6 por 100 y 80-81 = 2,3 por 100). En el período 1965-1981 el gasto privado aumentó 12,6 veces. En el período 1967-1983 los gastos del Instituto Nacional de la Salud aumentaron 40,6 veces y el PIB se multiplicó por 15,3.

(2) Jesús DE MIGUEL ha sugerido que «el cambio de política sanitaria internacional hacia la asistencia primaria a la salud se ha producido precisamente por la crisis económica mundial» (De Miguel, 1982, página 90).

## BIBLIOGRAFIA

- COLL CUOTA, Pilar, «El sistema sanitario español: comparación internacional de niveles y participación del sector público», *Revista de Seguridad Social*, enero-marzo 1982, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- COSTAS LOMBARDIA, Enrique, «El elevado número de médicos en España», Comunicación presentada a las *III Jornadas de Economía de la Salud*, Colegio de Economistas de Madrid, Madrid, 1983.
- CULLIS, John G., y WEST, Peter A., *The Economics of Health. An Introduction*, Martin Robertson, Oxford, 1979.
- CRUZ ROCHE, Ignacio, «Análisis de los costes de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (1981-1982)», *IV Jornadas de Economía de la Salud*, Sevilla, 1984.
- CUERVO ARGUDIN, J.; BELENES JUAREZ, R., y GUTIERREZ MARTI, R., «Aproximación a un análisis de costes de la Asistencia extrahospitalaria de la Seguridad Social», en MOONEY, G.; ANTUNANO, I.; CABASES, J., y otros, *II Jornadas de Economía de la Salud*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, 1982, págs. 455 y 467.
- DE MIGUEL, Jesús, «El teorema de Watson del sector sanitario», *Papers, Revista de Sociología*, 10, 1978, págs. 115 a 145.
- «Para un análisis sociológico de la profesión médica», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 20, 1982, páginas 101 a 120.
- «Sociología de la Economía de la Salud», en CONDE, U.; ARANA, J.; SAN MARTIN, H., y otros, *Economía y Salud*, Karpos, Madrid, 1982, págs. 85 a 106.
- DURAN HERAS, Almudena, «Tendencias recientes en el control del gasto social en prestaciones sanitarias. Comparación entre España y otros países de Europa Occidental», *Boletín de Estudios Económicos*, Universidad Comercial de Deusto, abril 1983.
- INE, *Encuesta de Presupuestos Familiares 1980-81*, 3 vols., Madrid, 1984.
- LOPEZ PINERO, J.; TERRADA, M. L., y PORTELA, E., *La creciente aportación española a la ciencia*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, Madrid, 1984.
- MANSILLA, Pedro Pablo, «Ley General de Sanidad: Conceptos básicos y principios generales», en LLUCH, E.; GUERRA DE MACHEDO, C.; SABANDO, P., y otros, *La Reforma sanitaria en España a debate desde una perspectiva nacional e internacional*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, Madrid, 1984.
- MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA, *Programa Económico a medio plazo 1984/1987*, Madrid, 1984.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Oferta y demanda de médicos en España. Una primera aproximación*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, Madrid, 1984.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, «Documento base sobre la reforma de la Seguridad Social», Madrid, 1985.
- MUNOZ MACHADO, Santiago, «Reflexiones sobre la Reforma de la Sanidad local», *Documentación Administrativa*, n.º 163, enero-febrero 1975, págs. 43 a 81.
- ORTUN, Vicente, «Democracia, crisis económica y política sanitaria», Curso de Economía de la Salud. Consejería de Sanidad, Comunidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1984 (no publicado).
- WHO and UNICEF, *Alma Ata 1978: Primary Health Care*, WHO, Ginebra, 1978.